

IDENTIFIKASI DAN EKSPLORASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RENDAHNYA CASE DETECTION RATE DALAM PROGRAM TUBERCULOSIS DI KELURAHAN CIPINANG, JAKARTA TIMUR

Luxi Riajuni Pasaribu¹

IDENTIFIED AND EXPLORED FACTORS THAT CONTRIBUTE TO THE LOW CASE DETECTION RATE ON TUBERCULOSIS PROGRAM AT CIPINANG DISTRICT, EAST JAKARTA

Abstract. Indonesia has adopted the DOTS strategy since 1994, but it still has the third largest TB cases in the world. The DOTS facilities population covered was 98% in 2000, but the Case Detection Rate (CDR) which is one of the key objectives in eliminating TB, was only 19% in 2000 and 21% in 2001. Jakarta has significant TB problem and the CDR was only about 36.18% in 2001 and 39.44% in 2002. This requires urgent improvement. This research identifies and explores factors that contribute to the low CDR by investigating whether there were economic, social, and cultural circumstances impacting on the community, health system and practice of TB Case Detection in Cipinang District, East Jakarta. Such environments have also been investigated. This research applied case study method and data collected by in-depth semi-structured, individual interviews on 13 community participants included patients, suspected TB persons, relapsed TB persons, housewife, teachers, and health cadres; 6 formal and informal community leaders; and 3 health providers of the community health centre (Puskesmas). The major problem found was the poverty in the community. These poor people experience social, physical, psychological, and behavioural disadvantages that were linked to each other and relevant to the research questions. Strategies developed from the participants' suggestions were recommended to address the problems and to alleviate the poverty.

Key words: Tuberculosis, Case Detection Rate (CDR), factors contribute to low TB-CDR, community health center.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis adalah salah satu masalah kesehatan yang utama di Indonesia karena TBC merupakan penyebab utama kematian akibat penyakit infeksi dalam Survey Kesehatan Rumah Tangga 1995. Pada tingkat global Indonesia menjadi negara peringkat ketiga yang memiliki kasus TBC terbanyak. Pada tahun 1999, WHO memperkirakan insiden kasus TBC di Indonesia sebesar 583.000 kasus baru dengan segala jenis TBC dan kematian karena TBC adalah 140.000 kasus⁽¹⁾. Untuk me-

ngendalikan penyakit ini sejak tahun 1994 program pemberantasan TBC di Indonesia telah mengadopsi strategi DOTS (*Direct Observed Treatment – Short Course*) yang dianjurkan oleh WHO. Cakupan wilayah pelayanan fasilitas DOTS telah mencapai 98%, tetapi *Case Detection Rate* (CDR) dan *Cure Rate* (CR) masih perlu ditingkatkan terutama di wilayah endemik⁽²⁾. Walaupun CR telah mencapai 80% lebih, namun CDR baru mencapai 21% pada tahun 2001⁽³⁾. Sebagai perbandingan, pada kondisi insiden TBC stabil dan tidak ada HIV-1, negara yang telah mencapai target

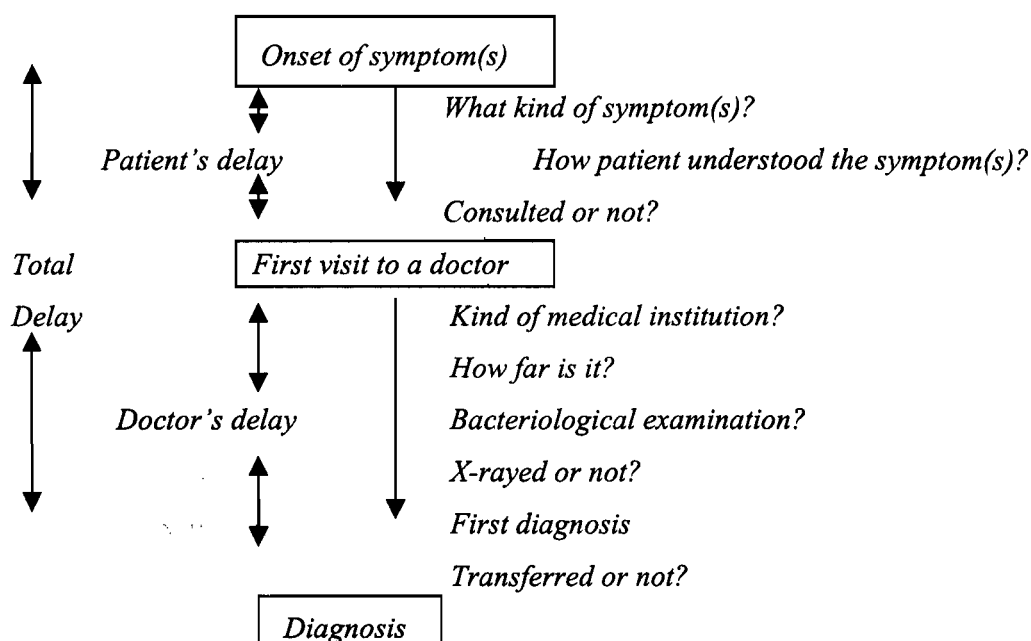
¹Puslitbang Pemberantasan Penyakit, Badan Litbangkes

WHO untuk CDR yaitu 70% dan CR 85% dapat mengurangi 11% (kisaran 8-12%) *insiden rate* per tahun dan 12% *death rate* (kisaran 9-13%) per tahun ⁽⁴⁾. Oleh karena itu, sangatlah penting untuk meningkatkan CDR dan memperbaiki program yang ada.

Untuk mencapai CDR yang tinggi secara komprehensif diperlukan penelitian untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi kepada CDR yang rendah. Suatu hasil penelitian menyebutkan akan pentingnya peran dokter karena metode *passive case detection* dalam strategi DOTS ⁽⁵⁾. Tetapi, peran dari masyarakat sangatlah penting dalam mengenali gejala penyakit ini dan mengerti pentingnya penemuan kasus secara dini, yang dilanjutkan dengan tindakan mencari pengobatan. Proses yang dilalui pasien dan petugas kesehatan dapat dilihat pada Gambar 1.

Penundaan oleh pasien dimulai dari munculnya gejala sampai kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan. Sementara itu, penundaan oleh petugas kesehatan dimulai dari periode antara kunjungan pertama pasien sampai terdiagnosisnya pasien sebagai kasus TBC. Penting sekali dilakukan program yang memperpendek periode penundaan ini karena deteksi dini dapat memberikan banyak sekali keuntungan kepada program kontrol TBC ⁽⁶⁾.

Selanjutnya, diperlukan suatu penelitian yang mencari tahu bagaimana suatu masyarakat berpartisipasi untuk memperbaiki program yang ada. Penelitian ini mempelajari kondisi sosial, kultur, dan ekonomi yang berhubungan dengan rendahnya CDR penyakit TBC pada masyarakat Kelurahan Cipinang, Jakarta Timur yang merupakan salah satu wilayah endemik TBC.



Sumber: Aoki et al, cited in ⁽⁶⁾.

Gambar 1. Proses Dalam Passive Case Detection

BAHAN DAN METODA

Pendekatan yang sesuai untuk melakukan penelitian ini adalah riset kualitatif yang dapat dilakukan dengan mengumpulkan data verbal tentang gambaran dan penjelasan praktek sosial dan perilaku manusia untuk memahami bagaimana responden mengalaminya sehari-hari, menjelaskannya dan menganalisis hubungannya dengan sistem, praktek dan hasil dari *Case Detection TBC*. Pendekatan ini unik karena peneliti dapat berkomunikasi langsung dan bekerja fleksibel dengan mengenali adanya perubahan-perubahan untuk mengadaptasi kondisi-kondisi yang terjadi dalam penelitian.

Metode yang dipakai dalam penelitian ini adalah *case study* (studi kasus) karena *research question* (pertanyaan penelitian) menanyakan “bagaimana atau mengapa” dan kejadian-kejadian tidak dikontrol atau perilaku tidak dimanipulasi oleh peneliti, serta memperhatikan fenomena yang sedang terjadi dalam kondisi natural ⁽⁷⁾. Kasus yang dipelajari dalam penelitian ini adalah penduduk dan petugas kesehatan di Kelurahan Cipinang. Penelitian ini mempelajari kondisi sosial, kultur dan ekonomi responden, hubungan mereka dengan petugas kesehatan, dan kondisi lingkungan domestik yang berhubungan dengan sistem dan praktek *Case Detection TBC*.

Cara yang paling penting untuk mengumpulkan data penelitian *case study* adalah *interview* ⁽⁷⁾. *Interview* dalam penelitian kualitatif adalah mengumpulkan data tentang apa yang responden rasakan, pikirkan, dan alami tentang keseharian mereka yang diperoleh peneliti dengan mendengarkan dan mempelajarinya sambil membangun percakapan yang baik yang dipimpin oleh peneliti. Peneliti menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang meliputi *research question* dan meminta responden

untuk menggali jawaban secara mendalam ⁽⁸⁾. *Indepth interview* yang dilakukan perorangan adalah metode yang sesuai untuk penelitian yang bertujuan untuk mengekspos kepercayaan, persepsi, sikap dan pendapat yang tersembunyi dalam pikiran responden ⁽⁹⁾.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan *interview* perorangan dengan daftar pertanyaan yang *semi-structured* karena kebanyakan dari responden adalah orang dengan latar belakang pendidikan menengah ke bawah dan adanya keterbatasan waktu. Dalam wawancara, terkadang anggota keluarga dari responden turut memberi pendapat. Penelitian dihentikan setelah dicapai prinsip *completeness* yaitu peneliti merasa telah memperoleh pengertian dari data yang dikumpulkan dan wawancara yang dilakukan belakangan tidak banyak menambah masukan kepada data yang telah terkumpul ⁽⁸⁾.

Penelitian dilakukan di Kelurahan Cipinang. Luas wilayah 153,94 hektar ⁽¹⁰⁾ atau 1,54 kilometer persegi ⁽¹¹⁾. Jumlah penduduk 46.275 jiwa ⁽¹²⁾ sehingga dapat dihitung kepadatan penduduk 301 jiwa per hektar atau 30.049 jiwa per kilometer persegi. Persentase yang tinggi untuk pekerja berpenghasilan rendah lalu diikuti pedagang keliling, pensiunan, pegawai negeri, dan tentara ⁽¹³⁾. Terdapat 5 Rukun Warga yang mendapat perhatian khusus karena tingginya proporsi keluarga miskin. Kali Sunter (atau Cipinang) terdapat di sebelah Timur Kelurahan dan rel kereta api yang melintasi sebelah Selatan dari Kelurahan. Fasilitas kesehatan meliputi 1 Puskesmas, 22 posyandu, 6 praktek dokter, 5 praktek bidan, 4 toko obat, 3 bidan, dan 2 klinik keluarga berencana ⁽¹³⁾. Kondisi Puskesmas secara fisik cukup memadai walaupun memerlukan perbaikan di beberapa fasilitas dan memerlukan ruang tambahan. Dalam kegiatan sehari-hari Puskesmas be-

kerja sama dengan Kelurahan, petugas kesehatan lain, dan badan-badan lain. Puskesmas ini adalah bagian dari Puskesmas kecamatan Pulo Gadung dan meminta bantuan dari padanya.

Responden dalam penelitian ini adalah penduduk yang menetap dan petugas Puskesmas di Kelurahan Cipinang. Responden yang berpartisipasi diseleksi secara purposive karena dalam penelitian kualitatif sampel difokuskan pada kedalaman data. Hal ini membantu peneliti untuk dapat berkonsentrasi pada issue yang terjadi pada responden yang terseleksi ⁽¹⁴⁾. Ada berbagai teknik untuk menseleksi kasus secara purposive dan teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *snowball* atau *chain sampling*. Teknik ini digunakan karena peneliti tidak mengetahui komunitas yang diteliti. Peneliti menyimpulkan data penelitian dari 22 orang responden yang terdiri dari tiga orang petugas Puskesmas yang berkaitan dengan program kontrol TBC, enam orang pemimpin formal dan non-formal di Kelurahan Cipinang yang namanya diperoleh dari Lurah, 13 orang penduduk yang terdiri dari pasien TBC yang sedang berobat yang namanya diperoleh dari petugas Puskesmas, suspek TBC yang namanya diperoleh dari pemimpin formal dan kontak personal peneliti, dan ibu rumah tangga yang adalah keluarga dari kontak personal peneliti.

Kriteria inklusi untuk responden adalah telah dewasa. Untuk responden pemimpin formal yang juga bekerja sebagai kader kesehatan, peneliti meminta nama responden yang sering hadir dan yang jarang datang pada pertemuan ibu-ibu PKK dan kader kesehatan (pada umumnya ibu-ibu PKK adalah kader kesehatan). Sedang untuk responden pasien TBC, peneliti meminta nama pasien yang rajin datang berobat dan mempunyai motivasi yang kuat untuk sembuh, juga sebaliknya peneliti

meminta nama pasien yang tidak rajin datang berobat.

Pengumpulan data dilakukan dengan menginterview responden yang dikunjungi peneliti ke tempat kerjanya atau ke rumahnya seperti yang telah disepakati sebelumnya antara peneliti dan responden. Ada satu orang responden yang memang tidak memiliki rumah dan menumpang di rumah temannya, sehingga *interview* dilakukan di rumah temannya tersebut. Untuk bertemu beberapa responden peneliti didampingi oleh pemimpin formal masyarakat atau kontak personal peneliti. Selanjutnya, *interview* dilakukan perorangan dengan durasi bervariasi antara 30 sampai 70 menit. Durasi yang terpendek dilakukan pada pasien TBC, suspek TBC, dan pasien TBC kambuh karena mempertimbangkan kondisi kesehatan mereka yang lebih cepat lelah dan sering batuk-batuk dalam *interview* sehingga *interview* dilakukan dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan utama dan membiarkan responden untuk menjelaskan lebih jauh atau tidak jawabannya. Semua *interview* dilakukan dalam bahasa Indonesia dan direkam dengan *digital recording*, dan hanya ada satu *interview* yang ditulis dengan tangan. Selain itu, peneliti melakukan observasi yang difokuskan untuk melihat kondisi lingkungan domestik dari responden masyarakat dan lingkungan kerja dari petugas kesehatan. Data disimpan dalam bentuk catatan dan foto.

Analisis data dalam riset kualitatif dilakukan dengan melihat pola dari kesamaan dan perbedaan kasus-kasus yang diteliti untuk melihat gambaran keseluruhannya termasuk keragamannya (Ragin cited in ⁽¹⁵⁾). Proses analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *transcribing*, *open coding*, dan *axial coding*. *Transcribing* adalah memindahkan data *interview* yang direkam menjadi bentuk

teks tulisan *interview*. *Open coding* dilakukan dengan mengalokasikan kode-kode inisial atau label ke dalam kelompok tema-tema yang muncul dari sejumlah data yang besar. Tema-tema tersebut dapat diambil dari *research question*, konsep-konsep dalam literatur, atau pemikiran baru ⁽¹⁵⁾. Untuk *axial coding*, peneliti mengorganisasikan tema-tema tersebut lalu mengidentifikasi hubungan antara tema dan membangun konsep utamanya. Dalam proses ini, peneliti melihat sebab dan akibat, kondisi dan interaksinya, strategi dan prosesnya, lalu melihat kategori yang sekelompok. Sejalan dengan itu, peneliti terus menganalisa tema-tema yang muncul dan hubungan antara tema, bukti, konsep, dan kasus yang ada ⁽¹⁵⁾.

HASIL

Setelah melalui proses analisis data riset kualitatif, muncul beberapa tema yang dilengkapi dengan kutipan *interview* yang ditempatkan pada deskripsi tema-tema tersebut. Setiap tema dan sub-tema merefleksikan jawaban yang terinterpretasi untuk *research question*. Kutipan hasil *interview* dari petugas Puskesmas diberi kode A, pemimpin masyarakat diberi kode B, dan masyarakat diberi kode C. Beberapa responden dikategorikan sebagai masyarakat, tetapi pada kenyataannya mereka menjadi pemimpin pada bidangnya walau tanpa kedudukan formal. Pendapat dan pengalaman mereka telah memperkaya data penelitian ini.

Ekonomi. Literatur menyebutkan tentang adanya hubungan antara kondisi kesehatan seseorang dengan status sosioekonominya. Masyarakat yang miskin punya risiko yang lebih tinggi terhadap TBC. Beberapa faktor yang menyebabkannya adalah gaya hidup termasuk merokok dan mi-

numan keras, ketidakstabilan sosial, dan tingkat pendidikan yang rendah ⁽¹⁶⁾.

Impak paling buruk dari kemiskinan pada *Case Detection* TBC di Kelurahan Cipinang telah mempengaruhi bukan hanya perilaku mencari pengobatan dalam suatu komunitas, tetapi juga persepsi personal dari masing-masing individu. Kemiskinan telah menjadi penyebab utama dan alasan utama mengapa penduduk yang sakit dengan gejala TBC tidak pergi ke Puskesmas untuk berobat. Hal ini ditegaskan oleh petugas kesehatan, pemimpin masyarakat, dan masyarakat sendiri. Seorang pemimpin masyarakat mengungkapkan: "...Jadi masyarakat sih bukannya menunda atau tidak mau berobat. Jadi sih jelas dia akan berobat. Cuma kan melihat dari faktor kesiapan dia secara materi. ...kadang-kadang ada yg sama sekali nggak punya uang. Ah besok aja kalau sudah punya uang ..." (B2.29)

Dua orang pasien yang mengatakan bahwa kemiskinan adalah alasan mereka menunda mencari pengobatan, beruntungnya dibantu oleh isteri dan keluarganya yang meminjam uang dari tetangganya. Seorang suspek TBC yang tidak memiliki keluarga dan rumah tidak pergi berobat walaupun telah batuk selama beberapa bulan dan kehilangan berat badan. Dia mengatakan hal ini karena dia tidak memiliki uang sama sekali, bahkan untuk makan sehari-hari. Dia menjawab; "Tidak (untuk membayar biaya pengobatan). Hanya jika ada yang membantu saya" (C10.10) lalu "...Ya semua orang sih nganjurin untuk berobat, cuman kan ekonominya mana, mereka kan cuma anjurin doang tapi bantu kan tidak." (C10.13)

Bahkan, dampak yang mengerikan dari kemiskinan ditemukan ada masyarakat yang mempercayai bahwa mereka sudah tidak mempunyai pengharapan sama sekali. Mereka tidak peduli apakah mereka

akan mati atau tidak karena penyakit ini seperti yang ditegaskan oleh seorang responden yang tinggal di daerah yang sangat miskin; "... Ada orang-orang yang perlu diperhatikan. Pertama, ... mereka bahkan tidak peduli. Mereka bilang, "Biarlah kalau memang saya mati". Mereka bahkan tidak mencoba untuk berobat." (C9.34)

Dampak yang lain terjadi pada wanita yang mengidap TBC. Karena kedudukan mereka sangat penting dalam keluarga untuk melakukan aktivitas rumah tangga sehari-hari sementara suami mereka bekerja, tidak ada orang yang merawat si ibu saat mereka sakit dan tidak ada yang menggantikan pekerjaan mereka di rumah. Hal ini diungkapkan oleh seorang petugas kesehatan; "... Tapi kalau ibunya sakit, bapanya kadang-kadang lalai. Namanya orang laki-laki cari uang jadi kurang memperhatikan. Di sini ada dua ibu-ibu yg sakit kronis akhirnya meninggal, masih belum terlalu tua lah, umurnya baru 40-an ..." (A1.27)

Beberapa responden mengatakan bahwa sebagian masyarakat tidak mengetahui biaya pengobatan TBC di Puskesmas. Obat-obatan diberikan cuma-cuma, tetapi masih ada biaya-biaya lain seperti pendaftaran dan transportasi yang perlu ditanggung oleh pasien. Masyarakat menganggap bahwa biayanya akan banyak sehingga mereka menolak untuk berobat ketika mereka sakit. Di lain pihak, ada sebagian masyarakat yang sudah mengetahui kalau berobat TBC itu gratis, tetapi mereka tetap tidak mau berobat ketika mereka mendapat gejala TBC walau telah dijelaskan petugas kesehatan. Seorang responden menanggapi:

"... kebudayaannya adalah masyarakat di sini telah membayangkan biaya yang tinggi dan hal itu telah menghantui mereka sehingga mereka tidak berobat secara komplit (maksudnya pergi berobat). Hal

ini terjadi pada masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah." (C9.7)

Dampak berganda yang segera dirasakan oleh pasien TBC adalah *physical cost* dan *social cost*. Masyarakat tidak akan segera mengakui jika ia terinfeksi TBC karena takut akan disingkirkan dari kehidupan sosial dan ekonomi mereka. Hal ini diperburuk dengan kenyataan bahwa mereka memerlukan waktu yang cukup lama untuk sembuh, belum lagi kebosanan untuk memakan obat dalam pengobatan. Kebanyakan pasien tidak mampu membayar pengobatan atau tidak bisa meninggalkan pekerjaan karena pergi berobat. Takut kehilangan pekerjaan dan tidak adanya tunjangan untuk berobat adalah juga faktor yang disebutkan menyebabkan orang sakit tidak pergi berobat atau menunda pengobatan. Kebanyakan dari mereka adalah pekerja kasar yang dibayar harian berdasarkan kehadiran. Mereka takut dipecat jika mereka meninggalkan pekerjaan untuk pergi berobat atau jika majikan mereka tahu mereka sakit TBC. Seorang pemimpin masyarakat mengatakan; "Jangan sampai mengganggu jam kerja mereka. Jangan sampai karena berobat dia harus diberhentikan dari kerja begitu. ... walaupun kita ngasih surat dokter tetap aja kalo ada pengurangan karyawan kita yang pertama dikurangi karena penyakit TBC butuh istirahat lama ." (B4.45). Mereka datang ke Puskesmas bila penyakitnya sudah tak tahanankan (A2.51).

Pengetahuan Tentang TBC. Penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan masyarakat yang diinterview tentang TBC terbatas, juga pemimpin masyarakatnya. Hal ini menunjukkan kurangnya Promosi Kesehatan yang meluas kepada masyarakat. Sedangkan petugas kesehatan mempunyai pengetahuan yang baik tentang TBC karena mendapat pendidikan tentang

TBC, ada pertemuan yang rutin, dan pelatihan penyegaran.

Semua petugas kesehatan tahu dengan benar basilus penyebab TBC. Kepala Puskesmas menjelaskan tentang basilus ini kepada pasien yang menanyakan apakah TBC penyakit keturunan. Beliau bahkan menganjurkan keluarga pasien untuk vaksinasi BCG karena beliau mengetahui bahayanya basilus ini terhadap bayi. "...Lalu saya (dokter) bilang itu penularan ya bukan keturunan karena kamu satu rumah kumannya pindah ke kamu karena kurang sinar matahari ..." (A1.23) dan "...Kalau ada cucu yang lagi hamil (anak dalam kandungan) setelah melahirkan cepet di BCG. Kalau ada bayinya kita tanya 'udah di BCG?' ..." (A1.26)

Analisis laboratorium juga memiliki pengetahuan yang baik tentang basilus ini dan dapat mengenalinya walau di bawah mikroskop yang terkontaminasi yang ada di Puskesmas (A3.35).

Kepala Puskesmas dan petugas program TBC sering mengingatkan kader kesehatan untuk mendeteksi orang-orang dengan gejala TBC. Tetapi separuh dari pemimpin masyarakat yang diwawancarai tidak mengetahui tentang bakteri yang menyebabkan TBC. Mereka menyebutkan bahwa perilaku dan kondisi lingkunganlah yang menjadi penyebab, bahkan seorang pemimpin masyarakat yang adalah kader kesehatan mengatakan ; "...Menurut Ibu sendiri bukan keturunan tapi kondisi lingkungan yg kotor, makan kurang gizi, stress atau pikiran, kondisi kurang baik." (B1.12)

Lurah di kelurahan ini telah mengetahui tentang bakteri penyebab TBC walau dia menyebutkan tentang resiko lingkungan dan perilaku pada awalnya dan beliau mengira bahwa masyarakat mempunyai pendapat yang sama. Padahal, dari

13 responden dari masyarakat, hanya tiga orang yang dengan jelas menyebutkan dan satu orang menyebutkan mungkin penyebab TBC adalah bakteri. Mereka adalah guru, seorang suspek TBC dan seorang ibu rumah tangga. Ada juga dua responden yang mengatakan bahwa mereka tahu atau bisa percaya bahwa TBC disebabkan oleh bakteri setelah peneliti menanyakan tentang hal itu, sedangkan responden yang lain menjawab tidak tahu. Tentang gejala TBC, masyarakat yang diinterview sudah mengetahuinya. Responden yang berpendidikan lebih tinggi seperti kader kesehatan dan guru menjelaskan dengan lebih baik tentang gejala TBC, sebaliknya responden yang berpendidikan lebih rendah kelihatan lebih sulit dalam menjelaskannya. Mereka kadang mencampurkan gejala TBC dengan resiko perilaku seperti yang dikatakan seorang responden ; "Kadang-kadang kalau terlalu banyak berfikir penyakitnya kambuh, terutama pada paru-paru, mikir atau terlalu capek itu sering membuat penyakitnya kambuh." (C3.1)

Tetapi, ada seorang responden berpendidikan rendah yang memiliki pasangan berpendidikan lebih tinggi dapat menjelaskan gejala TBC dengan jelas.

Semua petugas kesehatan yang di-interview mengerti bagaimana penularan TBC dan oleh karena itu mereka menyadari resiko keterpaparan akibat pekerjaan mereka. Bahkan, petugas laboratorium tidak mau menemani pasien untuk mengeluarkan sputumnya seperti aturan yang ada karena dia merasa perlu untuk melindungi kesehatannya.

Dari enam responden pemimpin masyarakat, ada tiga (Lurah dan dua kader kesehatan) yang menyebutkan bahwa TBC dapat ditularkan melalui droplet orang dengan TBC infeksius sedangkan yang lain menyatakan dari nafas. Tetapi, pada umumnya responden telah mengetahui ba-

gaimana mencegah penularan walau dua diantaranya merasa tidak perlu memisahkan alat-alat atau kontak langsung karena menurutnya tidak sesuai dengan budaya timur. Beberapa komentar mereka adalah; "Dokter (dari rumah sakit) menganjurkan saya untuk membakar kasurnya pasien (yang adalah ayahnya), ...dan mengenakan masker..." (B3.40) dan "Waduh di sini kayaknya awam betul mbak. Jadi dia tidak tahu cara pencegahan. Cara pencegahan dari pasien si A ke orang lain. Termasuk saya tidak mengerti, apa kita harus selalu tutup mulut berhadapan dengan mereka? Kan nggak etis sebagai orang timur, nggak mungkin ..." (B2.31).

Kebanyakan masyarakat yang diwawancarai menyebutkan bahwa mereka tidak tahu bagaimana TBC ditularkan, tetapi sebagian mengetahui pencegahannya dengan memisahkan alat makan dan minum dan menghindari berbicara langsung terlalu dekat. Ada responden yang berasumsi bahwa penyakitnya tidak menular sehingga tidak memisahkan alat makannya. Ada juga yang berlebihan seperti; "Kalo gelas yang biasanya saya pakai nggak saya kasih ama anak saya, waktu menyusui saya nggak menyusui." (C4.30)

Beberapa pasien suspek TBC yang datang ke Puskesmas pada awalnya percaya TBC adalah penyakit keturunan karena mereka memperhatikan bahwa penyakit ini sering menimpa seluruh anggota keluarga dalam suatu keluarga. Hal ini diungkapkan oleh dokter yang memeriksa mereka. Kebanyakan pemimpin masyarakat sudah mengetahui jika TBC bukanlah penyakit keturunan walau dua diantaranya masih menyebutkan demikian. Dan mereka menyebutkan kebanyakan masyarakat yang berpendidikan rendah percaya kalau TBC adalah penyakit keturunan seperti yang dikatakan seorang guru (C6.18).

Sosio Kultur. Kondisi sosio ekonomi yang sangat miskin dan latar belakang budaya yang beragam adalah bagian dari masalah deteksi kasus TBC dan stigma yang masih ada memperburuk masalah ini (17; 18).

Petugas kesehatan mengetahui bahwa kebanyakan pasien TBC merasa malu karena penyakitnya. Oleh karena itu petugas kesehatan biasanya menyebutkan nama lain untuk menghindari menyinggung pasien dan selalu menjelaskan bahwa penyakit ini adalah penyakit biasa yang dapat disembuhkan. Pemimpin masyarakat juga mengakui bahwa kebanyakan masyarakat merasa malu jika diketahui sakit TBC. Oleh karena itu kader kesehatan biasanya menganjurkan keluarga dari suspek TBC, dan tidak berbicara langsung dengan suspek, agar suspek pergi ke Puskesmas untuk berobat. Pemimpin masyarakat lainnya mengatakan bahwa rasa malu itu menghalangi mereka untuk pergi berobat, tetapi mereka tetap pergi ke Puskesmas untuk berobat jika didukung oleh keluarga atau kader kesehatan. Seorang kader mengatakan; "...memang kalau TBC merupakan momok bagi mereka. Kalau kena TBC seperti takut, karena kalau TBC penyakit yang paling berat bagi mereka. ... Tapi mereka tetap berobat ke dokter rutin. Tapi kadang-kadang mereka sendiri suka merasa malu. Tapi kalau saya tanya, ada apa, kamu kok ndak ke Posyandu, jawabnya malu bu. ...Lalu saya bujuk mereka ... dia tetap datang ke Posyandu" (B6.43-44)

Hal menarik yang ditemukan adalah bahwa pasien yang sembuh dengan memakan obat paket TBC adalah pasien yang mengakui mereka tidak peduli dengan apa yang orang lain katakan tentang penyakit mereka. Walau mereka miskin, mereka akhirnya pergi ke Puskesmas setelah menunda beberapa waktu untuk mengumpulkan uang dan selanjutnya dengan rajin per-

gi ke Puskesmas untuk mengambil obat dan diperiksa. Pasien-pasien ini menunjukkan motivasi yang kuat untuk sembuh.

Pendidikan yang rendah disadari sebagai salah satu faktor yang berkontribusi pada rendahnya CDR TBC. Tetapi menurut petugas kesehatan walau berpendidikan rendah, masyarakat cukup mengerti tentang TBC. Berbeda dengan petugas kesehatan, pemimpin masyarakat dan masyarakat berpendapat lain. Lurah mengatakan bahwa beberapa tahun yang lalu masyarakat punya pengetahuan yang sangat terbatas tentang TBC. Ada kemungkinan sebagian masyarakat, terutama yang lanjut usia percaya bahwa pasien TBC adalah karena diguna-gunai orang lain dan penyakit ini diturunkan kepada anak-anaknya.

Pemimpin masyarakat lainnya menyatakan reaksi lain dari masyarakat karena pendidikan yang rendah dan kurangnya informasi, yaitu ; "...60% dari masyarakat memerlukan pendidikan kesehatan. Kita harus tahu bahwa mereka tidak mengerti tentang kesehatan. Mereka tidak mengerti apa yang harus dilakukan dan kemana harus pergi jika sakit, ..." (B4.69)

Pemimpin yang lain menyebutkan bahwa orang-orang ini mengira bahwa penyakitnya adalah tidak penting untuk diobati. Masyarakat yang diinterview memperkuat jawaban lainnya. Mereka mengatakan bahwa kebanyakan orang-orang ini mengira bahwa penyakitnya tidak penting dan sebagian mungkin sudah mengetahui tentang pengobatan TBC gratis, tetapi mereka bingung dan tak berdaya tentang bagaimana mengakses pengobatan gratis itu.

Kepercayaan yang deterministik ini disebutkan oleh dua orang responden masyarakat dengan pandangan yang berbeda. Yang seorang merasa tidak berpengharapan dan tidak tahu bagaimana menangani penyakitnya ; "Saya pikir karena pe-

nyakit udah begitu saya udah tergantung ama nasib aja gitu." (C3.11)

Seorang pemimpin masyarakat dalam percakapan yang terakhir dengan peneliti menyebutkan bahwa ada masyarakat yang berpendapat itu adalah nasibnya jika dia menderita TBC disebabkan penyakit orang tuanya yang tidak dapat disembuhkan oleh dukun yang berakibat kepada anak-anaknya.

Sangat menyedihkan bahwa dikemukakan oleh seorang pemimpin masyarakat ada masyarakat yang merasa dirinya sangat tidak berharga karena kondisinya yang menyebabkan mereka tidak datang ke tempat berobat ; "...Tapi kadang-kadang mereka itu punya perasaan rendah diri. Ada yang sampai meninggal juga ndak mau berobat. ..." (B6.27).

Seorang pasien di daerah miskin memperkirakan bahwa masyarakat sudah menyadari tentang penyakitnya, tetapi menunda pergi ke Puskesmas karena merasa malu.

Adalah tidak umum di daerah perkotaan untuk mempercayai hanya pengobatan tradisional untuk merawat kesehatan. Tetapi beberapa pemimpin masyarakat dan masyarakat mengatakan bahwa ada sebagian masyarakat yang mempraktekkan hal ini dan ada yang menggabungkannya dengan fasilitas kesehatan masyarakat ; "...Saudara si pasien memperhatikan bahwa saudaranya tambah kurus. Lalu dia bertanya kepada kader kesehatannya apakah saudaranya itu diguna-gunai orang. Lalu mereka bertanya kepada 'orang tua' yang menjawab bahwa saudaranya itu punya penyakit paru dan perut. Setelah itu baru mereka percaya dan pergi berobat ke RS Persahabatan..." (B1.13)

Implementasi *Case Detection* TBC dalam Program TBC. Implementasi metode *Passive Case Detection* TBC memerlukan

kan suatu pusat kesehatan masyarakat dengan petugas kesehatan yang melayani masyarakat dengan simpatik dan pasien menjadi sembuh pada akhir pengobatan⁽¹⁹⁾. Fasilitasnya juga harus berada di lokasi yang mudah dicapai sehingga suspek TBC dapat diperiksa secara lengkap⁽²⁰⁾. Bagaimana sistem *Case Detection* dalam program TBC di Kelurahan Cipinang dilaksanakan dan masalah yang dihadapi akan diuraikan berikut ini.

Semua petugas kesehatan mengeluhkan tentang hasil kerja petugas lainnya yang bertanggungjawab dalam program TBC. Hal ini diakui sebagai akibat dari kurangnya kerjasama antara petugas yang terlibat dan ini mengakibatkan rendahnya CDR TBC. Penanggungjawab program TBC yang membagikan obat dan memegang dokumentasi pasien mengatakan ; "...Istilahnya kalau seseorang itu (petugas laboratorium) ada tanggung jawabnya cara bekerja, giliran kita pesan hari ini, tanggal sekian bapak datang ya (untuk pemeriksaan sputum), di sana nanti ada mungkin petugasnya datang, hari ini nggak datang...nggak datang juga. Jadi pasiennya ada rasa jenuhnya juga....Ada kira-kira 50% itu nggak terjaring (karena masalah ini)." (A2.55-56)

Selanjutnya beliau menjelaskan sikapnya yaitu dengan mendiamkan saja untuk menghindari terjadinya suasana yang akan menjadi tidak nyaman. Petugas laboratorium juga mengeluhkan masalah ini yang mengakibatkan kurangnya dukungan antar petugas dan ketidakpuasan akan hasil kerja.

Kepala Puskesmas mengemukakan masalah yang terjadi dan tindakan yang dilakukannya ; "...Kalau dulu memang periksa di sini, nggak tahu akhir-akhir ini analisisnya agak males jadi saya kirim.... Dia bilang anaknya sakit, dia sering nggak datang, jadinya saya kasihan dong. Kalau

dia (pasien) datang, dia (petugas lab) nggak datang. Jadi susah, mendingan saya kirim ke laboratorium luar. ", (A1.49)

Salah satu penyebab rendahnya CDR TBC adalah tidak diikutinya prosedur ; "Oh itu memang udah ada programnya. Setiap orang yang batuk lebih dari 3 minggu, itu harus diperiksa BTA-nya. Itu harusnya menambah cakupan di situ. Kalau yang negatif ya dikasih obat yang biasa, yang positif nanti diobatin dengan dikasih paket. Dulu begitu tapi belakangan ini terputus jadi belum di..., jadi tidak dilanjutkan lagi, belum. Kalau menambah cakupan biasanya gitu, periksa BTA. Itu juga merupakan program dari PKM." (A1.56)

Beban kerja petugas kesehatan di Puskesmas Kelurahan Cipinang yang berat disebutkan sebagai salah satu penyebab implementasi *Case Detection* dalam program TBC kurang berhasil. Setiap petugas mempunyai tanggung jawab ganda yang membuat mereka kewalahan dan hal ini menyebabkan tertundanya beberapa tugas yang diprioritas ulang. Hal ini diungkapkan seorang petugas (A3.62).

Kurangnya infrastruktur juga menjadi masalah. Setiap ruang di Puskesmas memiliki fungsi ganda sehingga terkadang tidak cukup untuk mereka melakukan tugas. Program TBC juga demikian, terutama ruang laboratoriumnya dan pembuangan limbahnya yang tidak aman untuk petugas. Seorang petugas kesehatan mengatakan ; "...Sebenarnya ruangan ini kan nggak layak. Harusnya sinar matahari harus masuk, udara harus bebas. Harusnya ruangnya juga tersendiri jadi bisa enak kerjanya ..." (A3.82) lalu ditambahkan "...Bakarnya bersama-sama dengan sampah. Saya bilang harusnya jangan bersama dengan sampah. Harusnya tersendiri, ada tempatnya, di kaleng, taruh di situ terus ceburin minyak, dibakar. Kalau nggak salah Matraman punya tempat untuk membakar. ..." (A3.95)

Fasilitas untuk pemeriksaan sputum di laboratorium tidak cukup dan ada yang memerlukan perbaikan segera karena sudah lama tidak berfungsi dengan benar seperti yang dijelaskan oleh petugas laboratorium ; "...Kalau ketemu kumannya aja, positif udah. Melaksanakan itu sulit kayaknya." (A3.33) lalu beliau lanjutkan, "Sulitnya alatnya juga tidak mendukung. Berjamur lensanya. Seharusnya diservis. Saya sudah mengajukan. Sebenarnya ini sudah layak diservis, dari tahun 1999 kan belum pernah diservis. Saya bilang diservis dulu karena lensa yang 100 (pembesaran 100 kali) sudah berjamur. Jadi nggak bisa jelas lagi. Kalau kita melihat pandangan selingkar kan kita nggak bisa melihat yang dipinggirannya karena sudah berjamur. Jadi kita dengan cara begitulah, hasilnya positif, gitu aja." (A3.34)

Fasilitas lainnya seperti ventilasi dan bentuk basin perlu diperbaiki, sedangkan meja untuk mengerjakan pemeriksaan belum tersedia.

Meskipun hampir semua responden mengaku puas dengan pelayanan petugas kesehatan, ada tiga responden yang mengaku tidak pergi berobat ke Puskesmas karena pelayanannya yang lambat atau antrian-nya sangat panjang atau obatnya tidak lengkap seperti yang dikatakan seorang responden ; "...Kalau kata adek saya di Kelurahan Cipinang itu pelayanannya rada lambat. Kalau di Kelurahan Jatinegara Kaum enggak, begitu saya datang saya ambil saya kasihin langsung dilayanin, ..." (C12.29)

Seorang pasien TBC mengeluhkan tentang petugas kesehatan yang tidak ramah yang menyebabkan tetangganya menghentikan pengobatan. "Tahu, mereka pernah berobat gratis tapi mereka dimarah-marahin, jadi menurut saya pelayanannya yang kurang karena itu mereka nggak mau

berobat lagi dan berhenti sampe sekarang, hanya dua bulan berobatnya." (C4.20)

Hampir semua pemimpin masyarakat dan masyarakat menegaskan bahwa kurangnya promosi kesehatan menjadi akar masalah dalam program TBC. Mereka merasa tidak pernah mendapat pendidikan tentang TBC dari Puskesmas sejak dulu walau mereka pernah mendengar penjelasan yang tidak lengkap tentang penyakit TBC dan pengobatannya dari tetangga atau teman atau saudara seperti yang diungkapkan ; "Karena mereka tidak tau kalau ada pengobatan gratis dari Puskesmas, selain itu kurangnya penyuluhan petugas kesehatan kepada warga tentang penyakit TBC ini." (C7.17)

Hal ini dijawab petugas kesehatan dengan menyatakan bahwa mereka telah mendidik kader kesehatan dan meminta mereka untuk mendeteksi suspek TBC. Tetapi mereka juga mengakui belum pernah memberi pendidikan secara massal tentang TBC seperti halnya penyakit lainnya (dengue) karena mereka hanya mengandalkan kader kesehatan dan masyarakat sendiri untuk mencari tahu tentang TBC.

Politik. Unsur pertama strategi DOTS adalah komitmen politik dan sumberdaya dari pembuat keputusan yang menjadi dukungan '*top down*' yang sangat penting dan menjadi penguat utama rantai program (21; 1; 17). Penelitian ini menemukan bahwa program TBC di Kelurahan Cipinang tidak mendapat cukup komitmen politik dari pembuat keputusan di daerah ini.

Tiga responden mengemukakan adanya keraguan tentang biaya pengobatan yang gratis karena mereka memperkirakan bahwa prakteknya akan berbeda seperti halnya pengalaman mereka di masa lalu atau dengan program lainnya. Mereka katakan ; "...Misalnya ngomong gini, KTP

nya udah terlambat dua hari ini harus diperpanjang dulu, disitu masyarakat menilai kenapa pelaksanaan pemerintah kita tidak semudah yang di utarakan pemerintah." (B4.47) lalu, "Yah kadang juga masyarakat takut ntar nggak diperhatikan, karena saya nggak bayar, begitu kebanyakan." (B4.49). "...Jadi menurut saya awal-awalnya dikasih gratis tetapi untuk selanjutnya setelah kita berobat terus menerus ya nggak dikasih gratis lagi,Ia, tapi itu waktu itu, nggak tau kalo sekarang." (C4.6-8)

Penelitian ini menemukan bahwa separuh dari pemimpin masyarakat yang diwawancarai, termasuk Lurah, tidak mengetahui program TBC pemerintah karena kurangnya Promosi Kesehatan dan Pendidikan Kesehatan. Seorang pemimpin mengatakan ; "Belum, belum tau program pemerintah untuk pemberantasan TBC ini, karena tidak seperti demam berdarah disosialisasikan, kalo TBC ini kayaknya tidak ada sosialisasi yang menyatakan penyakit itu dimana ada sosialisasi seperti itu kita akan tertarik sekali, karena bagaimana pun kalo ada program seperti itu ya otomatis warga ini mendapatkan kemudahan kerja sama antar pemerintah dan warga kan begitu, seperti pemberantasan demam berdarah itu jelaskan program, baik dilakukan secara gotong royong secara bersama-sama antar pemerintah dan masyarakat tapi kalo TBC itu belum pernah ada..." (B3.13)

Seorang kader kesehatan mengatakan perlunya kader diberi insentif untuk mendeteksi kasus karena dengan insentif ini perangsang dapat diberikan kepada masyarakat untuk datang ke Posyandu sehingga mudah dideteksi bila ada yang demam untuk dianjurkan berobat ke Puskesmas (C1.21).

Seorang petugas kesehatan mengungkapkan agar program TBC ditangani oleh

pihak swasta karena terlalu banyak masalah (A3.64).

Lingkungan Domestik. Observasi lingkungan domestik responden adalah data yang penting untuk memvalidasi data hasil wawancara. Pada Gambar 2 dan 3 dapat dilihat tentang kondisi mereka.

PEMBAHASAN

Tiga hal utama hasil penelitian ini adalah kemiskinan, penyuluhan kesehatan, dan perlunya peningkatan infrastruktur dan sumberdaya untuk *Case Detection* dalam program TBC.

Faktor utama yang menyebabkan tertundanya *Case Detection* dini suspek TBC di Kelurahan Cipinang adalah kemiskinan. Sebagian besar penduduknya miskin. Mereka adalah buruh, pengangguran, dan orang-orang dengan pekerjaan tidak tetap. Pendapatan mereka tidak mencukupi untuk kebutuhan sehari-hari sehingga mereka tidak dapat pergi berobat apalagi memeriksakan kesehatannya. Mereka menunggu sampai terkumpul cukup uang untuk berobat dan tidak akan pergi bila itu mengganggu jam kerja mereka. Ada seorang responden yang sangat miskin dan hanya bergantung pada belas kasihan orang lain untuk membiayai pengobatan karena dia tidak mempunyai pekerjaan dan keluarga atau saudara yang dapat menolongnya. Ada penduduk yang benar-benar miskin dan merasa tidak punya harapan dan tidak lagi peduli apakah penyakit ini dapat berakibat fatal atau tidak karena mereka tidak mampu berobat dan mereka merasa tidak layak untuk ditolong.

Kemiskinan mereka sangat buruk dan mereka terjebak di dalamnya. Hal ini sangat berpengaruh khususnya pada ibu rumah tangga yang sakit. Walaupun mereka berobat ke Puskesmas, mereka tidak

dapat beristirahat dengan cukup karena tidak ada yang dapat mengerjakan pekerjaan sehari-hari mereka. Suami mereka, yang semestinya merawatnya, harus pergi bekerja, jika tidak mereka tidak akan punya uang. Sedangkan, pria yang sakit menolak untuk tidak pergi bekerja dan pergi berobat ke Puskesmas karena pada umumnya pekerjaan mereka adalah satu-satunya sumber pencaharian keluarga mereka dan mereka takut kehilangan pekerjaan apalagi karena sulitnya mencari pekerjaan. Padahal karena kondisi mereka yang sakit, mereka tidak dapat bekerja dengan optimum dan pada akhirnya harus keluar dari pekerjaannya. Kebanyakan yang mengalami hal ini adalah mereka yang bekerja dan dibayar harian sehingga jika mereka tidak bekerja, maka mereka tidak akan dibayar. Dapat dikatakan TBC berhubungan kuat dengan pengangguran dan kemiskinan.

Kondisi lingkungan responden di wilayah ini juga berhubungan erat dengan kesehatan dan kemiskinan mereka. Kelurahan ini sangat padat penduduknya karena mereka hanya mampu membeli atau menyewa rumah yang kecil dan tidak sehat untuk seluruh keluarga atau keluarga besar mereka. Tinggal di rumah yang padat meningkatkan resiko tertularnya TBC. Selain itu, ada masalah lingkungan di wilayah ini yaitu sampah di tanah terbuka yang tidak dikelola dengan baik dan sungai di perbatasan kelurahan yang tidak sehat dan kadang menimbulkan banjir pada musim hujan.

Beberapa peneliti telah menyebutkan bahwa kemiskinan merupakan masalah dalam program TBC khususnya untuk CDR dan penyelesaian pengobatan, karena pasien tidak dapat menanggung konsekuensi diagnosis dan pengobatan⁽²²⁾. Selanjutnya, penelitian menemukan bahwa pasien perempuanlah yang menanggung beban ekonomi *Case Detection* yang tertunda

karena biaya transport, makanan khusus, dan kehilangan pendapatan⁽²³⁾. Dibandingkan dengan laki-laki, perempuan memiliki sumber daya terbatas untuk mengakses pengobatan dan menanggung beban terbesar dalam merawat pasien TBC dalam rumah tangganya⁽²⁴⁾. Efek psikologis sosial pada suatu komunitas dengan pasien TBC dan keluarga yang terisolasi juga besar. Mereka kehilangan pekerjaan, kesempatan untuk pendidikan, dan harapan untuk keluarganya⁽²⁵⁾. Penelitian di Eropa menemukan hubungan yang erat antara kemiskinan dan TBC dengan membandingkan insiden TBC dan GNP per kapita. Insiden TBC menurun drastis saat GNP meningkat. Pada negara yang memiliki program TBC yang baik dan menggunakan strategi DOTS, insiden TBC-nya rendah dibandingkan dengan negara lain dengan GNP per kapita yang sama. Tetapi telah disadari bahwa TBC mudah tersebar terutama pada orang-orang marjinal secara sosial sehingga TBC bukanlah hanya masalah pada orang-orang miskin tetapi seluruh masyarakat. Oleh karena itu TBC adalah masalah sosial yang memerlukan pendekatan menyeluruh untuk mengatasi masalah sosial ekonomi⁽²⁶⁾.

Blackburn menjelaskan bahwa kelemahan sosial, kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan faktor budaya yang luas mempengaruhi faktor-faktor perilaku sehat seperti persepsi tentang arti penyakit, pengetahuan tentang gejala, dan kemampuan atau kemauan untuk mencari pertolongan⁽²⁷⁾. Perilaku sehat yang dipengaruhi biasanya adalah *self reporting illness* dan *help-seeking behaviour*. Suatu kutipan tentang kelas sosial dan kesehatan manusia menjelaskan; "Kelas sosial adalah konsep utama dalam studi tentang *inequality* dalam kesehatan untuk menunjukkan bagaimana kondisi sosial dan ekonomi berhubungan dengan pengalaman kesehatan dan pengharapan masing-masing-



Gambar 2. Tanah kosong di tengah beberapa RW di Kelurahan Cipinang



Gambar 3. Gubug yang dibuat sendiri oleh Responden C10

sing. Meskipun beberapa faktor seperti pendapatan, jenis rumah, dan pendidikan berperan dalam menentukan kelas sosial seseorang, pekerjaan telah disebutkan sebagai indikator terbaik untuk kondisi sosial ekonomi seseorang. Pekerjaan yang dimaksud bukan hanya jenis kerja tetapi juga kondisi kerja, upah, akses kepada kompensasi (misalnya: pensiun, cuti, perumahan), dan akses kepada sumberdaya (27).”

Pasien dan suspek TBC pada penelitian ini adalah penduduk pada kelas sosial terendah karena pekerjaannya adalah penjual makanan di jalan, pengangkut sampah, buruh yang bekerja serabutan, penjual minuman buatan sendiri yang dikeluarkan dari pekerjaannya terdahulu (perusahaan furnitur) karena sakit TBC, pengangguran yang kadang menjadi supir angkutan umum milik temannya, dan buruh yang juga mengelola judi lokal. Mereka tidak mampu dan mengakui tidak mempunyai kapasitas untuk mengatasi masalahnya sendiri walau sebagian mengetahui tentang program TBC.

Blackburn menjelaskan bagaimana pendapatan menjadi sumber kesehatan. Kelas, ‘ras’, dan gender adalah 3 elemen penentu posisi sosial yang mempengaruhi akses orang kepada pendapatan dan akses ke sumber daya material yang esensial untuk kesehatan seperti lokasi dan kualitas perumahan, ketersediaan makanan, bahan bakar dan pakaian yang semuanya berkonsekuensi kepada kemampuan tubuh untuk beregenerasi dan menolak penyakit (27). Selain itu pendapatan menentukan akses kepada fasilitas ruang, waktu luang, bekerja, dan pendidikan; sumber daya perawatan kesehatan; dan keterpaparan pada kerusakan lingkungan di tempat mereka. Kemiskinan menghalangi manusia mendapatkan kebutuhan dasar untuk hidup dan me-

ngurangi kemampuannya untuk mengatasi stres dan infeksi.

Penduduk miskin di Kelurahan Cipinang juga tinggal di rumah-rumah yang lembab, padat, atau bahkan dalam gubuk yang dibuat sendiri, dekat dengan sungai yang tidak sehat atau pembuangan sampah yang terbuka. Pendapatan mereka yang rendah menyebabkan mereka tidak dapat memilih tempat tinggal yang lebih baik, tidak dapat membeli makanan yang bergizi atau makan dengan teratur sehingga kebanyakan mereka terinfeksi dan menderita TBC.

Kemiskinan juga mempengaruhi proses psikologi. Stres sehari-hari karena keterbatasan kepada sumber daya material atau karena kejadian sehari-hari seperti kehilangan pekerjaan, perceraian, atau perpisahan adalah kejadian umum dan orang miskin punya kapasitas yang terbatas untuk mengatasinya. Ketika mereka mengalami kesulitan untuk mengatasi masalahnya, mereka bisa saja melakukan mekanisme yang salah untuk itu, misalnya penyalahgunaan obat, minum minuman keras, atau merokok yang malah meningkatkan resiko kepada penyakit.

Responden dalam penelitian ini telah sangat dipengaruhi oleh kemiskinan mereka yang tidak teridentifikasi dalam sistem *Passive Case Detection* program TBC yang menyebutkan kesadaran pasien dan dokter sebagai penyebab utama tertundanya *Case Detection* (28). Padahal, kebanyakan dari korban TBC adalah orang pada tingkat sosial ekonomi terendah dalam suatu komunitas. Kemiskinan belum menjadi *issue* yang penting dalam sistem kesehatan. Adalah sangat esensial untuk mengatasi kemiskinan dan hal ini memerlukan keterlibatan pembuat keputusan. Sistem kesehatan yang ada tidak hanya perlu menyadari kondisi pasien seperti kemiskinan, tetapi juga harus meningkat-

kan akses kepada pelayanan kesehatan. Komitmen politik perlu diperjelas, misalnya bagaimana keterlibatan pemimpin masyarakat⁽²⁵⁾, apa saja yang diharapkan untuk mereka lakukan, dan apa peran mereka dalam program TBC. Komitmen pembuatan keputusan untuk membiayai dan mengimplementasikan program TBC nasional dengan efektif diperlukan untuk promosi program TBC global dan untuk menghindari kegagalan⁽²⁹⁾. Desentralisasi pemerintahan di Indonesia lebih lagi memerlukan kontrol pada komitmen politik dan strategi operasional di daerah yang berbeda dan kontrol pemimpin masyarakat dari tingkatan yang tertinggi sampai terendah di setiap daerah⁽²⁵⁾. WHO *Regional Office for South East Asia*⁽³⁰⁾ telah menyebutkan prioritas dan tindakan yang diperlukan untuk mencapai target program TBC yaitu komitmen politik yang lebih besar, kemitraan dengan sektor lain, peningkatan pelayanan mikroskopis, jaminan penyediaan obat dan pelayanan fasilitas DOTS yang gratis. Karena TBC adalah problem sosioekonomi, maka prioritasnya adalah membangun kemitraan antara institusi kesehatan dengan institusi lain yang berkepentingan dalam sistem sosioekonomik. Dan karena TBC berhubungan dengan kondisi lingkungan, maka kemitraan dengan institusi yang berkepentingan dengan masalah lingkungan harus diwujudkan⁽³¹⁾.

GERDUNAS-TB yang dibentuk untuk menginisiasi kemitraan baru untuk meresponi masalah TBC adalah program nasional yang multisektoral. Tetapi aktivitasnya belum sepenuhnya berdasarkan pendekatan yang komprehensif untuk TBC. Kemitraan ini perlu diperluas sampai ke tingkat yang lebih rendah seperti kota dan kelurahan. Suatu model kemitraan yang diperoleh dari hasil penelitian di Kalimantan⁽³²⁾ merekomendasikan enam bentuk kemitraan yang meliputi kelima kom-

ponen DOTS dan sosialisasi serta penyuluhan program TBC untuk masyarakat. Penelitian ini dan studi lainnya telah mendukung pentingnya kemitraan dalam program TBC yang bukan hanya untuk mencapai target WHO tetapi juga membuat program TBC yang dapat diakses oleh orang miskin.

Hal kedua dari hasil penelitian ini adalah perlunya peningkatan penyuluhan kesehatan. Semua petugas kesehatan di Puskesmas Kelurahan Cipinang yang terlibat dalam program TBC memiliki pengetahuan yang baik tentang TBC. Mereka mengerti tentang etiologi dan epidemiologi penyakit ini juga sistem dalam program TBC karena mereka telah ditraining dan sering melakukan pertemuan rutin dengan petugas kesehatan dari Puskesmas lain di wilayahnya. Tetapi beberapa dari mereka tidak membagikan pengetahuan mereka kepada petugas lain dan pasien yang menyebabkan kurangnya kerjasama tim dalam program TBC. Konsekuensinya pasien terkadang harus menunggu atau bahkan kadang membatalkan pemeriksaan atau pengobatan mereka karena petugas yang seharusnya melayani mereka sedang tidak ada di tempat sedangkan petugas lainnya menolak untuk melayani karena merasa tidak cukup mengerti untuk melayani dan tidak mau dianggap telah mencampuri pekerjaan petugas lain. Oleh karena itu training untuk meningkatkan kerjasama tim sangat diperlukan.

Sebaliknya, semua pemimpin masyarakat dan masyarakat yang diinterview hanya memiliki pengetahuan yang terbatas tentang TBC. Hanya separuh dari pemimpin masyarakat yang mengerti tentang penyebab, penularan, dan pencegahan penyakit TBC sedangkan yang lainnya menyebutkan beberapa perilaku beresiko dan faktor lingkungan sebagai penyebab TBC. Satu hal yang perlu diperhatikan adalah

bahwa pemimpin masyarakat dan bahkan Lurah tidak mengetahui tentang program TBC. Ini disebabkan strategi pertama DOTS belum diimplementasikan karena tiadanya komunikasi dan informasi tentang program ini.

Responden dari masyarakat bahkan lebih terbatas pengetahuannya dibandingkan dengan pemimpin masyarakat. Hanya ada tiga dari 13 responden yang mengetahui tentang bakteri sebagai penyebab TBC dan sebagian besar tidak mengetahui bagaimana TBC ditularkan walau sebagian telah mempraktekkan pencegahannya. Hanya sebagian pasien dan kader kesehatan yang mengetahui tentang program TBC sedangkan yang lainnya mengaku belum pernah mendengar tentang program TBC. Yang sudah pernah mendengar tentang program inipun skeptik tentang pengobatan 'gratis'. Penemuan ini serupa dengan penelitian pada tahun 2001 di Jakarta. Sekitar 73,8% penduduk di daerah GERDUTASKIN di Jakarta tidak mengetahui tentang TBC; 90,3% dari mereka tidak mengetahui sumber infeksi TBC; dan 80,6% tidak mengetahui lamanya pengobatan TBC. Beberapa dari mereka tidak mengetahui kalau TBC menular (32%), dapat diobati (26,2%), dan ada fasilitas pengobatan TBC (27,2%)⁽³³⁾.

Penemuan lain yang menunjukkan bahwa penyuluhan kesehatan belum dilaksanakan sebagaimana mestinya adalah adanya stigma pada masyarakat. Beberapa responden percaya kalau TBC adalah penyakit keturunan dan bahkan ada yang menganggap itu adalah nasibnya. Stigma dan pendapat ini perlu diubah dengan penyuluhan kesehatan. Hanya jika masyarakat telah mengerti proses penyakit ini maka masyarakat akan menyadari pentingnya deteksi dini dan pergi berobat begitu gejala timbul.

Petugas kesehatan menjawab bahwa kurangnya penyuluhan kesehatan disebabkan oleh kurangnya sumber daya. Mereka telah memberi penyuluhan kepada kader kesehatan pada pertemuan rutin dan mereka berharap kader akan mengkomunikasikan informasinya kepada masyarakat. Tetapi penyuluhan kepada masyarakat terbatas karena informasi diberikan secara informal dan dimodifikasi dengan kepercayaan dan kebudayaan mereka.

Suatu penelitian menemukan bahwa kurangnya informasi adalah masalah dalam suatu program TBC nasional. Hayward menyebutkan beberapa hal yang penting untuk dipertimbangkan yaitu masalah fisik untuk akses (transport, jarak, waktu), persepsi tentang pelayanan kesehatan, kepercayaan tradisional dan pengetahuan tentang jenis dan penyebab penyakit, komunikasi interpersonal antara petugas dan pasien, kepercayaan akan efikasi dan ketersediaan obat, norma sosial dan stigma, dan pengaruh kemiskinan pada kemampuan masyarakat untuk mengakses dan bertindak atas informasi⁽³⁴⁾. Namun informasi dan penyuluhan kesehatan tidaklah cukup untuk mengubah perilaku masyarakat karena pengalaman sosial dan pribadi sangat berpengaruh. Oleh karena itu diperlukan kebijaksanaan yang tepat dan perubahan lingkungan untuk mendampingi informasi yang diberikan. Dukungan melalui media massa untuk inisiatif kebijaksanaan kesehatan untuk masyarakat adalah salah satu alatnya⁽³⁵⁾.

Target penyuluhan kesehatan dimulai dari tingkat keluarga, selanjutnya petugas kesehatan di pelayanan kesehatan swasta dan pengobatan tradisional perlu diberi informasi secara reguler⁽¹⁹⁾. Kedua kelompok terakhir belum diberi informasi pada waktu lalu. Pengusaha juga perlu diberi penyuluhan untuk mengurangi resiko konsekuensi karena pekerja harus berobat

(36). Bahan penyuluhan harus menggambarkan beratnya penyakit ini dibandingkan penyakit lain dan fasilitas kesehatan yang tersedia (20). Selain itu masyarakat perlu tahu bahwa penyakit ini dapat disembuhkan, pengobatan diberikan secara gratis di pelayanan kesehatan dengan DOTS, mengapa deteksi dini penting, dan bahwa pasien dapat menularkan kepada keluarganya dan masyarakat (37). Masyarakat juga perlu mengerti gaya hidup sehat yang bermanfaat seperti mengonsumsi makanan bergizi, cukup istirahat, mengatur kegiatannya sehari-hari, tidak merokok dan minum minuman keras. Lingkungan mereka juga harus dibersihkan dan rumah harus mendapat cukup sinar matahari dan udara segar. Pasien harus diajari bagaimana mencegah melemparkan sputum ketika batuk atau bersin, berbicara atau menyanyi. Selanjutnya, dukungan keluarga dan masyarakat untuk deteksi dini dan kepatuhan berobat adalah lebih baik dari pada membangkitkan rasa malu (38).

Media untuk penyuluhan yang telah digunakan di wilayah penelitian ini adalah leaflet yang didistribusikan kepada kader kesehatan yang membicarakannya pada arisan ibu-ibu atau di Posyandu. Media ini harus ditingkatkan. Hussain merekomendasikan pendekatan orang per orang untuk komunikasi interpersonal yang dapat memastikan respon masyarakat terutama jika pesannya sesuai dengan konteks dan kultur masyarakat setempat (37). Lembaga swadaya masyarakat dapat dilibatkan karena kemampuannya untuk berkomunikasi secara efektif dengan masyarakat yang dilayani.

Penyuluhan orang per orang dapat disisipkan dalam suatu program 'outreach' dan karena fokusnya melalui pusat pelayanan kesehatan lokal maka program 'outreach' untuk menjaga kesehatan optimum di daerah tertentu dapat dilakukan

misalnya di daerah miskin. Petugas 'outreach' program pergi ke tempat-tempat umum atau pos kesehatan dengan menggunakan kendaraan klinik keliling. Pelayanan yang dapat diberikan adalah kesehatan ibu dan anak, juga keluarga berencana, imunisasi, kemopropilaksis, dan pengobatan beberapa penyakit umum. Selain itu pemberian makanan tambahan dan penyuluhan kesehatan dapat dilakukan. Sangatlah penting untuk mencegah program ini berbenturan dengan program dari pelayanan kesehatan yang ada di daerah tersebut karena tujuan program 'outreach' ini adalah meningkatkan akses masyarakat ke pusat pelayanan kesehatan yang ada. Program ini dapat dipertimbangkan bila proporsi orang yang datang ke pusat pelayanan kesehatan lebih kecil bila dibandingkan dengan orang yang dapat memanfaatkan pelayanan yang tersedia (39).

Hal ketiga yang ditemukan dalam penelitian ini adalah perlunya meningkatkan infrastruktur dan sumber daya untuk *Case Detection* dalam program TBC. Ada beberapa aspek yaitu ; (1) struktur dasar pelayanan kesehatan masyarakat dan fasilitasnya perlu ditingkatkan untuk berfungsi dengan efisien dan diintegrasikan dengan program TBC. Mikroskop yang baik, reagen untuk mewarnai bakteri, pengelolaan sampah limbah pemeriksaan sputum, dan infrastruktur lainnya seperti meja, *wastafel*, ventilasi harus disediakan. Kebutuhan esensial ini belum tersedia di Puskesmas Kelurahan Cipinang sehingga petugas laboratorium tidak dapat melakukan pemeriksaan sputum dengan akurat sehingga mempengaruhi *Case Detection* TBC di tempat ini. Fasilitas struktural ini sangat penting untuk melaksanakan strategi DOTS dan untuk membantu petugas kesehatan melaksanakan tugasnya karena mereka akan merasa dilindungi. Meskipun Departemen Kesehatan RI telah menyadari kebutuhan itu seperti yang disebutkan

dalam strategi nasional 2002-2006, rencana ini harus diimplementasikan segera; (2) kurangnya jumlah dokter dan petugas kesehatan yang bermutu. Hanya ada sedikit dokter untuk melakukan supervisi dan pelatihan untuk petugas kesehatan yang bertanggung jawab dalam diagnosis bakteriologis untuk TBC. Mereka dilatih dalam waktu singkat pada awal tugasnya. Petugas kesehatan punya beban kerja yang berat karena setiap petugas bertanggung jawab dalam dua atau tiga program penyakit setiap hari. Hal ini menyebabkan ketidakpuasan dan ketidakakuratan dalam pelayanan karena pasien harus menunggu terlalu lama disebabkan petugas yang harus melayani mereka sedang melakukan tugas lain. *World Health Organization* mengenali masalah ini sebagai kurangnya petugas yang bermutu dan kurangnya persiapan dalam desentralisasi. Diperlukan perencanaan yang baik dan pemberian dukungan teknis untuk mengatur pembagian beban kerja dan reformasi sektor kesehatan. *World Health Organization* menegaskan bahwa komitmen politik lokal dapat membantu permasalahan ini ⁽⁴⁰⁾; (3) masalah transportasi, pasien kronis mengalami kesulitan untuk pergi ke Puskesmas karena mereka tinggal di daerah yang kurang kendaraan umum. Di daerah penelitian ini masyarakat berobat ke klinik swasta terdekat atau yang dapat dicapai dengan kendaraan umum yang ada atau hanya membeli obat di toko obat jika mereka mampu. Masalah ini dapat dikurangi dengan memudahkan akses kepada pengobatan. Salah satu caranya adalah dengan mengubah orientasi yaitu tidak menunggu pasien datang kepada klinik, tetapi membawa klinik kepada masyarakat. Hal ini kedengarannya seperti *active case finding*, tetapi lebih ekonomis karena tidak melakukan pemeriksaan pada semua penduduk untuk mengetahui siapa yang sakit TBC ^(19; 20). Dengan adanya klinik berjalan, orang-

orang dengan resiko tinggi untuk tertular TBC seperti keluarga pasien, teman dekat pasien, pasien HIV-1 positif ⁽⁴⁾, anak-anak ^(41, 20), tunawisma, alkoholik, dan pengguna obat-obatan ⁽²⁰⁾ dapat dideteksi; (4) komunikasi, kebanyakan responden mengakui bahwa hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat yang menggunakan pelayanan Puskesmas adalah baik. Tetapi ada juga keluhan dari masyarakat tentang petugas yang tidak ramah ketika melayani pasien TBC yang menyebabkan beberapa dari mereka menghentikan pengobatan. Hal ini tentu saja bukanlah promosi yang baik untuk program TBC. Kondisi ini mungkin terjadi karena salah atau kurang komunikasi. Petugas kesehatan punya beban kerja yang berat dan mengatur pelayanan untuk semua pasien, tetapi pasien TBC memerlukan perhatian ekstra karena penyakitnya atau pekerjaannya. Kebutuhan yang tidak sama antara keduanya terkadang tidak dikomunikasikan dengan baik sehingga menimbulkan sikap yang tidak ramah. Oleh karena itu petugas kesehatan perlu dilatih untuk membangun hubungan dengan cara membangun pengertian dan komunikasi dengan masyarakat dan pemimpinnya sehingga tercipta hubungan yang baik dan suasana yang mendukung agar program TBC efektif ⁽¹⁶⁾; (5) penambahan jam kerja Puskesmas, sebagian besar responden mengatakan bahwa mereka tidak selalu datang ke Puskesmas untuk berobat karena jam kerja Puskesmas terbatas sedangkan terkadang mereka sakit pada sore hari atau mereka harus pergi bekerja dahulu waktu pagi hari. Peneliti antropologi kesehatan telah menemukan bahwa keluhan yang umum di negara berkembang adalah jam kerja pelayanan kesehatan umum yang tidak sesuai karena birokrasi mengatur jam kerja yang sesuai dengan kepentingan petugas kesehatan dan bukan dengan kepentingan masyarakat yang dilayaninya. Sebagai contoh,

di Maroko dengan kondisi yang sedikit berbeda, perempuan tidak mau pergi ke klinik pada pagi hari karena takut terlihat oleh yang lainnya dan mereka lebih suka pergi ke klinik yang dibuka malam hari dan dilayani oleh dokter perempuan⁽⁴²⁾. Oleh karena itu perubahan jam kerja Puskesmas direkomendasikan karena sebagian besar pasien mengeluhkan hal ini dan juga karena masih adanya stigma di wilayah ini.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta. Departemen Kesehatan RI. 2002. P. 1-2, 4, 11, 13-14, 16-17, 27-33.
2. WHOa. WHO Report 2002. Geneva. WHO. 2002. P. 80.
3. WHOa. WHO Report 2003. Geneva. WHO. 2003. P. 22.
4. Dye, C., Garnett, G.P., Sleeman, K., and Williams, B.G. Prospect for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy. *The Lancet*, 352, issue 9144, December 12, 1998, P. 1886-1891 retrieved on March 21, 2003 from <http://www.sciencedirect.com>.
5. Nora, R.L.D. *Low Case Detection Rate of Tuberculosis in Indonesia: Finding the role of Medical education*. 2003. Retrieved on August 14, 2003 from <http://www.stoptb.org/winningpaper3.pdf>. P. 4.
6. Aditama, T.Y. . Tuberculosis situation – delay in case finding. *Cermin Dunia Kedokteran* 1992; 74: 52-54.
7. Yin, R.K. *Case study research: design and method* (2nd ed.). London. Sage Publications. (1994).
8. Rubin, H.J. and Rubin, I.S. *Qualitative Interviewing*. London. Sage Publications. (1995). P. 1-2, 38, 72-74.
9. Berglund, C.A. *Health Research*. Melbourne. Oxford University Press. 2001. P. 298. Bam, D.S. and Smith, I.M. Tuberculosis prevention and control. In J.P. Narain (ed.). *Tuberculosis: epidemiology and control*. New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia. 2003. P. 116-131.
10. Pemda DKI. City of Jakarta. 2003. Retrieved on April 19, 2004 from http://www.dki.go.id/en/jakartaku/kota_jakarta01. P. 1.
11. Pemerintah Kota Jakarta Timur. Profil wilayah kota Jakarta Timur. 2002. Retrieved on April 20, 2004 from http://www.dki.go.id/jaktim/informasi/geografi/profil_wilayah. P. 4.
12. Kelurahan Cipinang. Laporan Bulan Desember 2003. Jakarta. Kelurahan Cipinang. 2004. P. 2.
13. Kelurahan Cipinang. Laporan Tahun 2002. Jakarta. Kelurahan Cipinang. 2003. P. 3, 7, 33, 40-41.
14. Patton, M.Q. *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park. Sage Publications. 1990. P. 169, 176.
15. Neuman, W. L. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. Boston. Allyn and Bacon. 2003. P. 116, 118-124, 126-128, 439, 442-444.
16. McMurray, A. *Community health and wellness: a socioecological approach* (2nd ed.). Sydney. Mosby. 2003. P. 24-29, 41, 46-47, 65-66, 297.
17. Stop TB Partnership. The global plan to stop Tuberculosis. Stop TB Partnership. 2001. P. 12, 18, 30, 37-38, 43.
18. Styblo, K. *Epidemiology of Tuberculosis: selected papers*. (n.d.); Vol. 24. KNCV (Royal Netherlands Tuberculosis Association). P. 81, 96.
19. Harun, M., Sutiono, E. Citraningtyas, T., Cho, P., Noviani, E.D., Abidin, A.N. *Tubekulosis Klinis* (edisi ke-2). Jakarta. Widya Medika. 1999. P. 3, 18-19, 22.
20. WHO. Tuberculosis control as an integral part of primary health care. Geneva. WHO. 1988; P. 12, 16-18, 27.
21. Bam, D.S. and Smith, I.M. Tuberculosis prevention and control. In J.P. Narain (ed.). *Tuberculosis: epidemiology and control*. New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia. 2003. P. 116-131.
22. Kamolratanakul P., Sawert H., Kongsin S., Lertmaharit S., Sriwongsa J., Nasongkhla S., Wangmanee S., Jittimanee S., Payanandana V. (1999). Tuberculosis and socioeconomic

- impact. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 1999 (3): 596-602.
23. Needham D.M., Godfrey-Faussett P., Foster S.D. Barriers to tuberculosis control in urban Zambia: the economic impact and burden on patients prior to diagnosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 1998 (2): 811-817.
24. Luhanga, T., C. Chilimampungu, F.M.L. Salaniponi, S.B. Squire, and J. Kemp. Abstract on 32nd World Conference on Lung Health of the IUATLD: Gender differences in access to treatment and caring for TB within the household. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2001; 5 (11), November, Supplement 1: S167
25. Departemen Kesehatan RI. Rencana strategi nasional penanggulangan Tuberkulosis tahun 2002-2006. Jakarta. Departemen Kesehatan RI. 2001. P. 8, 15-7, 23-4, 30-2, 37, 41, 46.
26. Zaleskis, R. and E. Nanthanson. Abstract on 32nd World Conference on Lung Health of the IUATLD: Is tuberculosis a disease of poverty in Europe? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2001; 5 (11), November, Supplement 1: S164.
27. Blackburn, C. Poverty and health: working with families. Milton Keynes. Open University Press. 1991. P. 32, 35, 41-47.
28. Mori, T. Operational research priorities. In J.P. Narain (ed.). *Tuberculosis: epidemiology and control*. New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia. (2003). P. 212-32.
29. TBCTA USA. Strategy for Tuberculosis control. (n.d.). Retrieve on September 16, 2003 from www.About%20the%20T BCTA_USA.
30. WHOSEA. Tuberculosis. WHO Regional Office of South-East Asia. (2001). retrieved from <http://w3.who.org/tb/magnitude.htm>. P. 2, 20, 25.
31. WHO. Tuberculosis. Fact Sheet No.104. 2002 retrieved on March 16, 2003 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/wh0104/en/>. P. 2, 6.
32. Sirait, E. Dissertation: An assessment of partnership in the implementation of DOTS in Tuberculosis program in Banjarmasin Municipality, South Kalimantan, Indonesia. Brisbane. Griffith University. 2002. P. 68-78.
33. PPKUI (Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia) and Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Laporan III (Draft Final Report): Survei Angka Kesakitan TBC Paru-paru di DKI Jakarta, Tahun 2001. Depok. PPKUI dan DINKES DKI Jakarta. P. 55-56, 58-59.
34. Hayward, N.D. and F.M.L. Salaniponi. Abstract on 32nd World Conference on Lung Health of the IUATLD: A participatory need assessment with both public and providers, for the Malawi National TB Programme (NTP). *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2001; 5 (11), November, Supplement 1: S166.
35. Marmot, M. and R. G. Willis. Social determinant of health. New York. Oxford University Press. 1999. P. 191-192.
36. WHO. Stopping a killer. WHO. Combatting Tuberculosis in South and South East Asia. (n.d.). P. 12.
37. Hussain, M.A. NGOs and tuberculosis control. In J.P. Narain (ed.). *Tuberculosis: epidemiology and control*. New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia. 2003. P. 147-164.
38. Sembiring, H. Masalah penanganan TB Paru dan strategi DOTS. *Dexa Media* 2001; 1(14): Januari-Maret 2001.
39. Tarimo, E. Towards a healthy district: organizing and managing district health systems based on primary health care. Geneva. WHO. 1991. P. 36, 52-4.
40. WHO. Final report of the 3rd DOTS expansion working group meeting. Geneva. WHO. 2003. P. 22, 30-1, 34, 45.
41. Datta, M. Tuberculosis in children and women. In J.P. Narain (ed.). *Tuberculosis: epidemiology and control*. New Delhi. WHO Regional Office for South-East Asia. 2003. P. 66-82.
42. Suryadarma, P.P. and M.F.H. Swasono. Antropologi kesehatan. Translate from G.M. Foster and B.G. Anderson. *Medical anthropology*. Jakarta. Universitas Indonesia Press. 1986. P. 291-292.